

Marciano Sánchez Bayle

Observatorio de Salud: 2

La sanidad en la encrucijada

En esta segunda entrega del “Observatorio de la Salud” coordinado por el Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud ([GREDS-EMCONET](#)) de la Universidad Pompeu Fabra, presentamos este interesante trabajo de síntesis realizado por Marciano Sánchez Bayle, presidente de la International Association of Health Policy y portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). En él, el autor aborda la hoja de ruta emprendida por los gobiernos neoliberales del Partido Popular y Convergència i Unió para privatizar el acceso a la sanidad pública, gratuita y universal. Además, se ofrecen las claves más importantes que deben seguirse si queremos mantener y mejorar el actual Sistema Nacional de Salud (SNS).

El nuevo gobierno del Partido Popular abre serios interrogantes sobre la Sanidad Pública en España. Por primera vez un partido de derechas tiene el poder en el gobierno central y en la mayoría de las comunidades autónomas (con excepción de Andalucía, con unas elecciones en ciernes; el País Vasco, con un gobierno minoritario; Canarias y Navarra, con unas coaliciones donde el PSOE no es imprescindible, y en Cataluña, con un gobierno de Convergència i Unió que tiene en política sanitaria unas posiciones todavía más agresivas y liberalizadoras).

¿Qué va a pasar? Por supuesto que jugar a las adivinanzas no tiene mucho sentido, máxime cuando probablemente la respuesta se despeje en un plazo relativamente breve. Sin embargo, merece la pena hacer cinco consideraciones: la primera tiene que ver con los objetivos últimos de la política neoliberal sobre sanidad; la segunda con qué escenarios son previsibles para su desarrollo; la tercera versa sobre el desarrollo que hasta ahora han tenido los recortes en las Comunidades Autónomas; la cuarta hace referencia a los puntos clave para el mantenimiento de la Sanidad Pública, y la última se centra en indicar qué podemos hacer quienes queremos defenderla.

1. Los planteamientos neoliberales en la Sanidad

La primera cuestión está bastante clara. Desde la época de Margaret Thatcher y Ronald Reagan la ideología neoliberal ha partido de la base de que es necesario adelgazar el Estado y hacer que sean las personas las que asuman individualmente los riesgos de su vida y también de su salud. Consecuentemente, se propugnó el desmantelamiento de los sistemas de bienestar y la puesta en funcionamiento de un modelo de sociedad donde el mercado debe asumir la totalidad de la provisión de bienes y servicios y donde, lógicamente, el acceso a los mismos está mediatizado por la capacidad económica que tenga cada persona. La idea de que el mercado es el mecanismo más eficiente de asignación de recursos en todos los órdenes de la sociedad se ha

vuelto cada vez más hegemónica y predominante, y para ello se ha producido un ataque sistemático a los principales enemigos de este modelo teórico: los sistemas de protección social, calificados de burocráticos e ineficientes, las redes y organizaciones de solidaridad y de modulación de los ataques del capitalismo salvaje (los sindicatos y otras organizaciones sociales) y los sistemas de organización social y política capaces de poner trabas a la voracidad insaciable de los mercados (los sistemas de organización política, las administraciones públicas y los políticos identificados con la corrupción, como si el mundo empresarial y de las finanzas no fueran el origen y la principal fuente de corrupción e ineficiencia en nuestra sociedad).

En cualquier caso, hay que ser conscientes de que en Sanidad este proceso se ha producido con una gran flexibilidad y capacidad de adaptarse al terreno concreto y a las circunstancias de cada país, por lo que, mientras que en los países con sistemas sanitarios públicos se hacía hincapié en la ruptura de la integralidad de los mismos introduciendo mercados internos, desregulación y empresarización de los centros sanitarios, en los sistemas más liberalizados se fomentaban los copagos, las subvenciones al sector privado, la disminución de las coberturas públicas, etc.

En España los objetivos son bien conocidos y se pueden concretar de diferentes maneras: desregulando los servicios sanitarios públicos y favoreciendo a pseudomercados y/o a mercados internos (mediante la separación de la financiación y la provisión, medida ficticia que permite la derivación creciente de la provisión de servicios al sector privado); incentivando la presencia del sector privado dentro del Sistema Nacional de Salud (concesiones administrativas, PFI, etc.) aunque sea a costes exorbitantes; recortando los presupuestos públicos para deteriorar la Sanidad Pública, conscientes de que uno de los principales obstáculos a la política privatizadora es el convencimiento generalizado de la población y de los profesionales de que la calidad de la atención sanitaria es significativamente mejor en el sistema público (no tiene precio la imagen de Esperanza Aguirre acudiendo a un hospital público cuando creía tener un grave problema de salud); estableciendo copagos y fomentando el aseguramiento privado (Convergència i Unió no deja de señalar como uno de sus objetivos la desgravación fiscal de las pólizas de seguros privados) y, en fin, segmentando la asistencia sanitaria, con un sector privado que atienda a las clases altas y medias-altas y el estableciendo una nueva beneficencia para los sectores de asalariados con menor poder adquisitivo (recuérdese que más del 60% de los asalariados cobran menos de 1.000 euros al mes), parados y pensionistas.

Hay una especial insistencia en establecer el copago que, a primera vista, no se entiende. En efecto, hay muchos datos que muestran que el copago no sólo no contiene el gasto, sino que es incapaz de discriminar la demanda apropiada de la inapropiada y que tiene efectos muy negativos sobre las personas más enfermas y con menos recursos. Siendo así, ¿por qué hay tanto interés en ponerlo en marcha? Hay al menos tres motivos evidentes: primero, se quiere mercantilizar la atención sanitaria y acabar con su carácter solidario y redistributivo para convertirla en un producto más de consumo, en una mercancía, y ya se sabe que el acceso a las mercancías está ligado a la capacidad económica de cada uno y no a las necesidades de las personas; segundo, porque establecer sistemas de pago en el acceso a las prestaciones sanitarias favorece a los seguros sanitarios por dos vías: porque comparativamente se vuelven más baratos y porque se pueden articular seguros privados que cubran estos copagos; y tercero, porque el “ruido” sobre el copago crea una cortina de humo sobre los despilfarros del gasto sanitario, es decir, sobre el elevado gasto farmacéutico y la sobreutilización tecnológica, que son los problemas reales de nuestro sistema sanitario.

2. Los escenarios de la privatización sanitaria

¿Qué escenarios son previsibles? Básicamente dos, aunque es obvio que al final puede concretarse otro como fruto de una combinación de ambos.

Por un lado, estaría lo que podría denominarse “vía rápida” de transformación del sistema sanitario, que abordaría el cambio de la Ley General de Sanidad para arbitrar un sistema dual de seguros/beneficencia y/o el establecimiento de copagos generalizados (farmacéutico, consultas, hospitalización, etc.). Es, seguramente, lo que quieren hacer los sectores más neoliberales del Partido Popular (Esperanza Aguirre, FAES, etc.), y la actual mayoría parlamentaria se lo permitiría a nivel legal. Desde la óptica del PP, el principal problema es que promovería una amplia contestación social y uniría a la mayoría de las fuerzas a su izquierda, con evidentes repercusiones en las elecciones andaluzas. Después de éstas, y según los resultados, ya se verá. De todas maneras no puede descartarse, porque el PSOE parece estar noqueado y con poca capacidad de respuesta, y la ofensiva mediática para favorecer y encubrir este tipo de actuaciones está siendo muy potente.

La otra opción, la “vía lenta”, consistiría en actuaciones en las Comunidades Autónomas de naturaleza distinta, pero convergentes y complementarias (por ejemplo, con privatizaciones, recortes, externalizaciones, copagos menores en temas secundarios, etc.). Paralelamente, se avanzaría en la promoción del aseguramiento privado con fuertes desgravaciones fiscales para quienes contraten estos seguros. Esto permitiría sacar a una parte importante de la clase media (que es el sector más importante económicamente y con una indudable influencia política) y dejaría un sistema público débil y descapitalizado para los sectores sociales más débiles de la clase trabajadora, resucitando el concepto de beneficencia (ya lo dijo Olof Palme: “Un servicio para pobres será siempre un pobre servicio”). Desde la óptica del PP, esta opción tendría como principal limitación el hecho de que tardaría más tiempo en cambiar la situación y que está sujeta a muchas más incertidumbres. En cambio, las ventajas son que pasaría más desapercibida y que podría presentar diferente intensidad según las Comunidades Autónomas y las respuestas sociales que provoque. Puede ser que ésta sea la estrategia más factible, y, de hecho, es la que ya está en marcha en muchas comunidades.

No es nada improbable que acabe produciéndose una combinación de ambas estrategias, con intensidad variable dependiendo de los territorios concretos, del predominio de las familias que hay dentro del PP y de la respuesta social que encuentren estas medidas.

3. Los recortes que se han producido en las Comunidades Autónomas

Las políticas de recortes en la Sanidad Pública española están siendo aplicadas desde las Comunidades Autónomas, que son las que tienen asumidas las competencias sanitarias, y con una intensidad variable en cada una de ellas. Es evidente que esta distinta aplicación está mediatizada por muchos factores que van desde el color político del gobierno de cada comunidad a los problemas presupuestarios y la cercanía de las elecciones.

En primer lugar, se nota una política generalizada de restricción presupuestaria y de recortes en la mayoría de las Comunidades Autónomas (promedio de disminución del presupuesto sanitario/habitante y año de 140,13 euros desde 2010) que es mucho más significativa en algunas de ellas, como Cataluña, Valencia, Murcia, Galicia y Castilla-La Mancha. Las comunidades que, de momento, salen mejor paradas de estos recortes son el País Vasco, Andalucía, Extremadura y Aragón, aunque está por ver lo que sucederá después de las elecciones andaluzas y cuando se presenten los Presupuestos Generales del Estado.

Estos recortes se trasladan a una política restrictiva de personal produciendo un empeoramiento de las condiciones de trabajo y aumentos de los horarios, así como disminuciones salariales en algunas de ellas y un descenso del número de profesionales sanitarios. A medio plazo, el deterioro de las condiciones de trabajo y la disminución de los profesionales sanitarios conllevan, inevitablemente, un deterioro de las prestaciones porque aumenta la presión asistencial y favorece un descenso en la calidad de las actuaciones del sistema sanitario.

En muchos casos se está produciendo una disminución efectiva de la capacidad asistencial de los centros públicos, con cierres de camas, consultas, quirófanos, disminución de personal de guardia, etc., todo lo cual acaba produciendo un peor funcionamiento del sistema sanitario. Aunque la mayoría de estas medidas son recientes y resulta difícil cuantificar su efecto sobre la población, tenemos ya a nuestra disposición algunos datos. Por ejemplo, en Cataluña se han

incrementado notablemente las listas de espera (más de 25.000 pacientes más), y en Canarias se sabe que el cierre de quirófanos por la tarde supone 7.500 pacientes más en lista de espera y que el cierre de las consultas de tarde significa que se atiende a 170 pacientes/hospital/día menos. Es obvio que habrá que realizar una evaluación dentro de unos meses para conocer el impacto real de estas medidas sobre la población.

La introducción de tasas y/o copagos supone otro grave retroceso porque significa una barrera en el acceso a las prestaciones sanitarias de los segmentos de población con menos ingresos, lo que, en medio de una crisis económica que ha producido más de cinco millones de parados y 1,5 millones de familias sin ningún ingreso —además de la escasa cuantía de las pensiones—, es un serio problema para la ciudadanía. En este ámbito de cosas es especialmente preocupante el establecimiento de un plazo de empadronamiento de seis meses para el acceso a las Tarjetas Sanitarias Individuales.

Otro de los fenómenos que se observa es el aumento de las privatizaciones, como siempre siguiendo un patrón irregular en las fórmulas adoptadas y en la intensidad del proceso, dependiendo de las comunidades. Castilla-La Mancha, Valencia, Baleares, Galicia y Madrid están a la cabeza, pero existen muchos otros ejemplos preocupantes en las demás, con excepción de Andalucía y País Vasco. Desde un punto de vista argumental, resulta incomprensible que se incrementen unas privatizaciones que han demostrado tener unos costes muy superiores a la provisión pública, y además en un momento en que se están realizando recortes drásticos de los fondos que se destinan al sistema sanitario público.

4. Las claves para el mantenimiento de la Sanidad Pública

Las cuestiones fundamentales para garantizar una Sanidad Pública de calidad, universal y gratuita en el momento del uso son fundamentalmente nueve.

1) Financiación suficiente y finalista

Nuestro gasto total en prestaciones sociales está situado entre 5 y 10 puntos por debajo de los países de la UE-15. Y no nos referimos al gasto per cápita, que es muy inferior, sino al porcentaje sobre el PIB, que es el mecanismo para ajustarlo a las posibilidades económicas del país (en 2007, en España el gasto público representaba el 45% del PIB, mientras que la media de la UE-27 era del 50,3%). Por lo tanto, convendría incrementar la financiación de estas prestaciones; en concreto, en Sanidad deberíamos elevar el porcentaje del PIB entre 1 y 1,5 puntos.

El mantenimiento de la Sanidad Pública precisa de recursos suficientes para asegurar una atención de calidad a los problemas de salud de la población. El gasto sanitario público en España es bajo en comparación con los países de nuestro nivel socioeconómico (menor que el promedio de la UE-15, UE-27 y OCDE), crece moderadamente (en porcentaje anual, aproximadamente la mitad que la media de la OCDE) y lo hace más el gasto privado que el público. Por lo tanto, no se justifican las visiones alarmistas sobre la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Un problema a tener en cuenta es el actual modelo de financiación de las CC.AA., que permite a éstas decidir la cuantía que dedican a Sanidad sin garantizar ninguna cantidad mínima. De esta manera, se ha producido una gran desigualdad en la financiación sanitaria pública según la

comunidad (hasta 555 euros por habitante y año de diferencia en los presupuestos de las CC.AA. para 2011).

Lo primero que hay que hacer para mejorar la financiación es establecer un carácter finalista para evitar que se despilfarre el dinero de los contribuyentes en otras cosas (por ejemplo, aeropuertos sin aviones, etc.). Si la financiación fuera finalista, se nos presentarían muchas opciones para sufragar el coste de la Sanidad Pública (por ejemplo, impuestos sobre el alcohol y el tabaco, el llamado «céntimo sanitario» aunque no lo sea, los impuestos de patrimonio y de sucesiones, etc.).

En cuanto al copago todo puede ocurrir, pero sería sumamente lesivo para los grupos de población con menos recursos y más necesidades de salud. Conviene recordar que, según los datos proporcionados por el Ministerio de Trabajo el 1 de diciembre de 2011, el 8,5% de los pensionistas cobran menos de 300 €, el 54% menos de 650 €, el 74,3% menos de 1.000 €, el 90,2% menos de 1.500 € y sólo el 2,4% gana más de 2.400 €. Además, hay que tener en cuenta que la subida del IRPF disminuye sobre todo las pensiones más altas, por no hablar de los parados, de las personas que han perdido la prestación de desempleo y de los bajos salarios de aquellos que los tienen. Por todo ello, una actuación indiscriminada supondría un desastre sanitario, mientras que hacerlo de manera selectiva obligaría como mínimo a renovar las tarjetas sanitarias de la población con costes elevados y para recaudar muy poco. Todos los estudios sobre los efectos del copago señalan que es muy negativo, que es inequitativo y que produce costes derivados (por ejemplo, incrementa los ingresos, la morbilidad y la mortalidad). Hay que plantear un incremento de la financiación de la Sanidad Pública y poner en marcha una financiación finalista, controlada por el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) que asegure unos presupuestos sanitarios suficientes.

2) Garantizar la accesibilidad a la atención sanitaria a todos los ciudadanos en todo el territorio

La crisis económica ha favorecido la actitud de algunas CC.AA. que pretenden ahorrar negando y/o dificultando la atención sanitaria a las personas que, teniendo derecho a ella, están domiciliadas en comunidades distintas. Este hecho es notoriamente ilegal, ya que la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (2003) señala que uno de los derechos de los ciudadanos es “*recibir, por parte del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa Comunidad Autónoma*”, lo que también es ratificado por el RD sobre catálogo de prestaciones del SNS (2006).

Por lo tanto, es obvio que los problemas de desatención son ilegales y que una de las tareas del nuevo gobierno y del Ministerio de Sanidad es evitar que se produzcan mediante la actuación inmediata de la Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y, si es preciso, arbitrando las medidas económicas y/o de otro tipo que garanticen el derecho del acceso a la atención sanitaria en todo el territorio español.

3) Mantener la gratuidad en el momento del uso

Como ya hemos señalado, no existe en nuestro país un problema real de exceso de gasto sanitario público, sino más bien lo contrario. Tampoco existe una sobreutilización del sistema sanitario (la tasa de consultas/habitante y año está por encima de la media de la UE, mientras

que las estancias hospitalarias/habitante/año son las menores de toda la UE). Por otra parte, tanto los medicamentos como las pruebas diagnósticas y los ingresos hospitalarios son indicaciones de los profesionales sanitarios, así como también la mayoría de las consultas. A mayor abundamiento, los copagos/tasas o “tickets moderadores” no han demostrado tener ningún efecto sobre la contención de la demanda inapropiada, pero sí sobre la equidad y la accesibilidad, además de tener elevados costes de transacción y efectos indeseados. Por todo ello, es imprescindible mantener la gratuidad en el momento del uso de las prestaciones asistenciales y, además, garantizar que no se instauren tasas en algunas CC.AA., rompiendo así el principio de cohesión y equidad del SNS.

4) Establecer mecanismos eficaces de coordinación en el conjunto del SNS

La experiencia demuestra que no existe un funcionamiento coordinado del SNS, empezando por la falta de funcionalidad del CISNS. Aunque se planteó una mejora de su funcionamiento en la Ley de Cohesión, la práctica ha demostrado la insuficiencia de las medidas adoptadas. Parece muy difícil una devolución de competencias por parte de las CC.AA., pero lo que al menos debería hacerse es un control efectivo del cumplimiento por parte de éstas de la legislación vigente y de los acuerdos suscritos, estableciendo mecanismos efectivos para garantizarlo. La financiación finalista de la Sanidad podría ser un buen método para garantizarlo porque permitiría penalizaciones a los incumplidores. La Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión establecen la necesidad de aprobar un Plan Integrado de Salud, que desde la FADSP venimos reclamando como el instrumento para establecer objetivos comunes de salud en el SNS. Los planes autonómicos existen, aunque no en todas las autonomías. Es preciso establecer sistemas ponderados de votación (como los que existen en la UE) y sistemas para hacer cumplir los acuerdos a todas las CC.AA.

5) Garantizar la transparencia del Sistema Nacional de Salud

Para poder evaluar el funcionamiento del SNS se necesitan sistemas de información compartidos por todas las CC.AA. y que estén disponibles para el conjunto de la población, que es quien lo sufraga con sus impuestos. Es imprescindible que desde el Ministerio se adopte un compromiso que permita la transparencia informativa de los datos fundamentales sobre el funcionamiento del sistema sanitario público.

6) Mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud

El SNS tiene aspectos de ineficiencia que son bien conocidos y que deben abordarse de manera inmediata para mejorar su situación financiera y reforzar su sostenibilidad. Al menos habría que hacer referencia a los tres más importantes:

- **Gasto farmacéutico.** El gasto farmacéutico en España es elevado y muy superior al de los países de la UE y OCDE. Aunque se han realizado algunos avances al respecto, éstos se han centrado en la prescripción extrahospitalaria, especialmente en Atención Primaria, mientras el gasto hospitalario continúa aumentando de manera descontrolada. Hay que realizar una política más activa de contención del gasto sin alterar la calidad de la prescripción, con especial atención al máximo control de las medidas de marketing de las empresas farmacéuticas y de las actividades de formación e investigación subvencionadas por la industria. Si se consiguiera situar el gasto farmacéutico español en el promedio de la

OCDE, se ahorrarían 5.000 millones de euros anuales.

- **Sobreutilización tecnológica.** Existe un exceso de uso inapropiado de los recursos tecnológicos en España (se estima que alrededor de un 30% del gasto se realiza en actuaciones inapropiadas). Un mejor control del uso de la tecnología conseguiría ahorros superiores a los 30.000 millones de euros anuales. Para ello, hay que avanzar en el uso de la medicina basada en la evidencia y en la creación de una agencia de evaluación de la tecnología que, en la línea del NICE británico, evalúe sus indicaciones.
- Es necesaria la puesta en funcionamiento de una agencia pública de compras que utilice las ventajas de la economía de escala para las compras de tecnología y consumibles del SNS, lo cual probablemente podría producir un ahorro de alrededor del 20-30% de su coste actual.

7) *Paralizar los procesos de privatización*

Los procesos privatizadores puestos en marcha en algunas CC.AA. han supuesto notables incrementos de los costes de la atención sanitaria y en la construcción de las infraestructuras (entre 7-8 veces de sobrecoste), además de empeorar la calidad de las prestaciones y deteriorar la red sanitaria pública, la cual ha sufrido un ajuste presupuestario para poder sufragar estas privatizaciones. Por lo tanto, acabar con el proceso de privatizaciones es una medida fundamental para mejorar la eficiencia y la calidad del SNS.

8) *Potenciar la Atención Primaria de Salud*

Es bien sabido que la Atención Primaria de Salud es la clave de la accesibilidad y la eficiencia de nuestro sistema sanitario, pero, pese a ello, está sufriendo un proceso progresivo de postergación, tanto presupuestaria como de recursos y tanto de personal como de pérdida de protagonismo en la atención sanitaria. Hay que recuperar las propuestas de la estrategia AP21 para que vuelva a ser el eje fundamental del SNS.

9) *Desarrollar instrumentos eficaces de participación*

No se puede avanzar en la mejora de la eficiencia, la eficacia y la calidad del sistema sanitario público sin contar con la activa participación (real y no “formalista” o ficticia) de profesionales, organizaciones sociales y ciudadanos. Hay que desarrollar los instrumentos concretos para que esta participación pueda hacerse realmente efectiva.

5. **¿Qué se puede hacer?**

Desde la perspectiva de quienes defendemos el sistema sanitario público, hay cuatro ejes fundamentales de trabajo en los que hay que avanzar, sin descuidar ninguno de ellos porque son complementarios. El primero es el **científico-técnico**, que tiene que ver con el seguimiento y evaluación de las privatizaciones y la política neoliberal, desvelando los puntos débiles que presenta en el marco teórico y analizando sus repercusiones sobre la salud y el funcionamiento de los servicios sanitarios; el segundo es el **profesional**, que debe analizar las consecuencias sobre los profesionales de la política privatizadora, tanto en lo que refiere a sus condiciones de trabajo como sobre la propia práctica profesional y su calidad; el tercero es el **social**, potenciando una amplia alianza de todos los sectores políticos y sociales que se enfrentan a la privatización, y el cuarto, y no por ello menos importante, es el **internacional**, porque los problemas y las soluciones no se circunscriben a España y hay que darles respuesta desde un marco más amplio

que permita avanzar hacia alternativas globales a lo que es una estrategia global de desmantelamiento de los servicios sanitarios públicos. Se trata de una tarea difícil y llena de problemas, pero que puede y debe de afrontarse con flexibilidad y tenacidad y aunando los esfuerzos de todos los agentes, porque lo que está en juego es muy importante: un sistema sanitario público universal y de calidad, que todavía es admirado y envidiado en la mayoría de los países del mundo.

Bibliografía

M. Sánchez Bayle (coord.), *La situación de la salud y el sistema sanitario en España*, Fundación Primero de Mayo, Madrid, 2010: <http://www.fadsp.org/html/situacion%20salud.htm>

D. Reverte Cejudo y M. Sánchez Bayle, *Globalización y salud 2009*, Ediciones GPS, Madrid, 2009: [http://www.fadsp.org/pdf/globalizacion%20y%20salud%20\(1\).pdf](http://www.fadsp.org/pdf/globalizacion%20y%20salud%20(1).pdf)

M. Sánchez Bayle, *Otra gestión sanitaria es posible*, Fundación Primero de Mayo, Madrid, 2011: <http://www.fadsp.org/pdf/OTRA%20GESTION%20SANITARIA%20ES%20POSIBLE%5B1%5D.pdf>

FADSP, *Informe sobre los recortes sanitarios en las Comunidades Autónomas*, 2012: <http://www.fadsp.org/pdf/INFORME%20SOBRE%20LOS%20RECORTES.2.2012.doc>

FADSP, *Argumentos para combatir el tópico de la insostenibilidad del SNS*: <http://www.fadsp.org/pdf/Folleto%202%20webgallego.pdf>